

VIAJE: _____

FECHA DE SALIDA: / /



APELLIDO/S:
NOMBRE/S:
TIPO Y N° DE DOC.: FECHA DE NAC.:
LOCALIDAD: PROVINCIA:
TEL./CEL.:
CONTACTO ALTERNATIVO EN CASO DE EMERGENCIA:



(Tachar lo que no corresponda)

¿PADECE ACTUALMENTE ALGUNA ENFERMEDAD? SI NO ¿CUÁL?

¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA? SI NO ¿CUÁL?

EN EL ÚLTIMO AÑO ¿FUE INTERVENIDO QUIRÚRGICAMENTE? SI NO ¿DE QUÉ?

¿ES ALÉRGICO A ALGÚN TIPO DE MEDICAMENTO? SI NO ¿CUÁL?

¿PRESENTA OTRAS ALERGIAS? SI NO ¿A QUÉ?

¿QUÉ ALIMENTOS NO TOLERA?

¿COME MARISCOS Y/O PESCADOS? SI NO ¿CUÁL?

¿SIGUE ALGÚN RÉGIMEN O DIETA ESPECIAL? SI NO ¿CUÁL? (Adjuntar dieta)

PESO ACTUAL:

¿TIENE COBERTURA MÉDICA? SI NO ¿CUÁL?

El siguiente espacio es para que usted escriba cualquier información que considere importante:

.....
.....
.....
.....

Según mi leal consentimiento, declaro verídicos todos los datos que proporciono en el presente cuestionario.

Firma:

Aclaración:

Fecha: